

НИСКА ПРЕДНА РЕЗЕКЦИЯ НА РЕТРОСИГМАТА ПРИ БОЛЕН С РАК НА РЕКТУМА, ОБТУРАЦИОНЕН ИЛЕУС И ХИРУРГИЧНО ЛЕКУВАН ОСТЪР МИОКАРДЕН ИНФАРКТ

Ш. Таджер, М. Таджер, Б. Кючуков

НМТБ „Цар Борис III”, МБАЛ „Св. Иван Рилски” ЕАД-София

РЕЗЮМЕ

Чревната обструкция в САЩ е честа причина за хоспитализация - 15% спешен прием с коремни болки или 300000 хоспитализации годишно. Тя се увеличава с 3% годишно за болните с карцином и с 10-28% - за тези с колоректален тумор. Ние си поставихме за цел да проучим случай с кървящ и обтуриращ карцином на ректума и с остър инфаркт на миокарда, с имплантация на стент и балонна дилатация на D1 непосредствено след СКАГ. Извършихме ниска предна резекция на ректосигмата със стаплер. Възниква въпросът за нивото на компетентност на хирургичните отделения, т. е., дали броят на хирурзите е по-важен или хирургичната им подготовка. Ние смятаме, че чрез Хирургичното дружество могат да се оценят възможностите на работещите хирурзи и едва тогава да се преценят нивата на компетентност. Стриктното придържане към установените диагностично-лечебни алгоритми в спешната и онкологична хирургия е гаранция за добра клинична практика. Случаи като този показват, че при подготвени кадри и установени правила могат да се лекуват ефективно пациенти и в по-малките болници. Този начин е по-точен, по-обективен и по-компетентен от хирургична гледна точка. И не накрая - къде е растежът на кадрите на място?

Ключови думи: карцином на ректума, инфаркт на миокарда, обтурационен илеус, диагностика, хирургическо лечение, описание на случай

ВЪВЕДЕНИЕ

Колоректалният рак е най-честото злокачествено заболяване сред населението на САЩ. Той заема второ място между причините за леталитет. В САЩ ежегодно се откриват от 135000 до 160000 нови случая на заболяването, 60000 от които умират. В Европа се забелязва нарастване на честотата на колоректалния рак - 25/100000, а в скандинавските страни тя дори е 35/100000. В Австрия годишно се откриват 5000 нови случая, а в света - 572000. Карциномът на колона е на трето място при онкологичните заболявания в САЩ - заболяват 106100 нови случая, като през

2009 г. са починали 49920 мъже и жени (1). Чревната обструкция в САЩ е честа причина за хоспитализация - 15% спешен прием с коремни болки или 300000 хоспитализации годишно. Тя се увеличава с 3% годишно за болните с карцином и с 10-28% - за тези с колоректален тумор. През 2006 г. в Европа са регистрирани 412900 нови случаи на рак на колона и 207400 от тях са починали (8). От 40 до 60% от случаите с колоректален рак се диагностицират в усложнен стадий, в това число около 35% са с клиника на дебелочревна непроходимост (6,7). При болните в напреднала и старческа възраст усложнените му форми са от 425% до 86,2%. Следоперативната смъртност остава висока - около 30% (2-4). Въпреки значително подобрените резултати (6,7) сред неподбран контингент от болни, леталитетът остава обезсърчително висок - над 20% (6,7).

Адрес за кореспонденция:

проф. д-р Ш. Таджер, д.м.н
МБАЛ „Св. Иван Рилски” ЕАД-София
бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15, София
e-mail: tadjertmax@yahoo.com

Ние си поставихме за цел да проучим случай с кървящ и обтуриращ карцином на ректума и с остър инфаркт на миокарда, с имплантация на стент и балонна дилатация на D1 непосредствено след СКАГ. Извършихме ниска предна резекция на ректосигмата със стаплер.

ОПИСАНИЕ НА СЛУЧАЙ

Касае се за болна на 77-годишна възраст, лекувана в Кардиологичното отделение на МБАЛ „Св. Иван Рилски” - гр. Дупница, от 04.10.2012 г. до 16.10.2012 г. с окончателна диагноза: ИБС, НАП при сигнификантни бифуркационни стенози на LAD с D1 и LAD с D2 и на ДКА, PCI с имплантация на стент CC Flex 3.5x16mm и балонна дилатация на D1. Остра тромбоза на средния сегмент на LAD с миграция към стента на LAD, AX гр. II, Cor hypertonicum, надкамерна екстрасистолия. Придружаващи заболявания: Obesitas gr. II-III, дислипидемия, стеатозис хепатис, захарен диабет от II тип, хиперурикемия, метаболитен синдром, гастритис хроника, ректохеморагия. На втория ден от лечението се проведе СКАГ, на която се визуализираха сигнификантни промени. ЕхоКГ - симетрична левокамерна хипертрофия при запазена систолна функция, дегенеративни промени по клапния пръстен - висок риск.

Инвазивно изследване – ЛКА: ствол - дълъг с лека дистална неравност. ЛАД - с неравности в проксималния сегмент, бифуркационна 80% стеноза с D1 и с 99% на D1, втора бифуркационна стеноза на D2. Десен тип на циркулация.

Под стента се визуализира пресен тромб в областта на бифуркационна стеноза - балонна дилатация в стента на мястото на тромбозата; медикация при СКАГ. Параклиника в граници на нормата. Коагулограма - б.о.

Същият ден вечерта болната се оплака от болки в епигастриума и около пъпа, гадене, повръщане, след което получи ректохеморагия, която продължи и през следващите два дни. Персистираща леки болки и подуване на корема с изхождане на „почти черни изпражнения”.

Консултация с гастроентеролог: с оглед на болковия синдром се прие, че се касае за *gastroduodenitis chronica exacerbata, diverticulosis colonis, anaemia secundaria*. Беше назначено ле-

чение. Статус при изписването: оплаква се от леки болки и леко подуване на корема дифузно, с изхождане на „почти черни изпражнения”. На 29.10.2012 г. постъпва отново в МБАЛ „Св. Иван Рилски” и е изписана на 27.11.2012 г. с диагноза: *Rectohaemorrhagia. Carcinoma recti haemorrhagica. Ileus mechanicus per obturacationem* и описаните придружаващи заболявания.

От статуса: Корем над нивото на гръдния кош, леко балониран, със силна палпаторна болезненост дифузно, без перитонеално дразнене. От параклиника: Хб. 114 г/л, Хкт. 0,42-0,33. Започна консервативно лечение и подготовка за ФГС и ФКС по въведения диагностично-лечебен алгоритъм. На 31.10.2012 г. се извърши ФГС: антрален гастрит, деформация на *bulbus duodeni*, *H. pylori* (++++). На 02.11.2012 г. при повторна ФКС: при туширане остава ясна кръв по пръста. Лоша дебелочревна подготовка. На 09.11.2012 г. ФКС: отново остава ясна кръв при туширане. На около 12 см ЛАК се забелязва туморна формация, обхващаща почти целия лумен, лесно ранима, кървяща спонтанно и при допир. Създава се клапен механизъм с натичане на фекални маси. Вzeti са 4 биопсии).

УЗД – Данни за двустранен хроничен пиелонефрит. Рентгенография на бял дроб - застойни хилуси.

След съответна подготовка на 13.11.2012 г. е оперирана (оперативен протокол №288 – проф. Таджер, д-р Таджер, д-р Шаранков). Извърши се ксифопубична лапаротомия. При експлорацията на 10 см от аноректалната линия се намери туморна формация с хрущялна плътност, с диаметър 5 см, обтурираща почти напълно лумена на червото. Мобилизираха се ректумът и сигмата и по правилата на абластиката се извърши резекцията им с последваща ректосигмоанастомоза с механичен съшивател. Извърши се и тотална мезоректална ексцизия (ТМЕ), проба за херметичност - б.о. Препарат и резекционни линии за хистологична диагноза. Лаваж и дренаж. Хистологичен резултат: Дебелочревна стена с високо диференциран аденокарцином, с инвазия в цялата дебелина на собствения мускулен слой. Резекционни линии - без данни за малигнен про-

цес. Неуточнен брой лимфни възли, без инвазия. T2N0M0, G1.

Следоперативният период протече под активна реанимационна терапия с вливания на водно-солеви разтвори, инсулин, белтъчни препарати, трикратни хемотрансфузии на по една единица еритроцитен концентрат, антибиотици, нискофракциониран хепарин (фраксипарин от 0,6) и др. На 27.11.2012 г. се изписва в добро общо състояние, раздвижена, хранена с възстановен пасаж.

Хирургичната тактика се базира на следните фактори: локализацията на карцинома, срока на операцията, като операциите са разделени на първични дисконтинуитетни резекции, облекчаващ противоестествен анус, първични резекции с анастомоза и обходни анастомози.

Хирургичната стратегия за лечение на малигнената обструкция на дебелото черво е селдната (5): колостомия/илеостомия; цекостомия; триетапни резекции; операция на Хартман (двуетапна резекция); субтотална колектомия; сегментна резекция с интраоперативен лаваж; сегментна резекция без почистване на колона или отклоняване на пасажа; NdYAG фотоаблация и ендолуменно стентирание.

ОБСЪЖДАНЕ

Прави впечатление, че вечерта след СКАГ, два дни след това, болната е с ректохеморагия. Консултацията с гастроентеролога и статуса при изписването като пропуск не насочват към необходимостта от изследване (ФКС) за уточняване на източника на кървенето от ГИТ в МБАЛ „Св. Иван Рилски“ 2003 - гр. Дупница. В МБАЛ „Св. Иван Рилски“ ЕООД ние бързо се насочихме към установяване на ректохеморагията и необходимостта от ФКС за уточняване на диагнозата. Тук отчитаме известно забавяне поради необходимостта от почистване на колона, трудности в екзактната хистологична диагноза, особено на фона на придружаващата остра сърдечно-сдова патология. Въпреки силно повишения оперативен риск, болната бе оперирана според онкологичните принципи за радикалност и изписана в добро общо състояние. Контролният преглед с

ФКС през май 2013 г. показва проходима анастомоза. КАТ на корем и малък таз - б.о.

Възниква въпросът за нивото на компетентност на хирургичните отделения, т. е., дали броят на хирурзите е по-важен или хирургичната им подготовка. Ние смятаме, че чрез Хирургичното дружество могат да се оценят възможностите на работещите хирурзи и едва тогава да се преценят нивата на компетентност. Стриктното придържане към установените диагностично-лечебни алгоритми в спешната и онкологична хирургия е гаранция за добра клинична практика. Случаи като този показват, че при подготвени кадри и установени правила могат да се лекуват ефективно пациенти и в по-малките болници. Този начин е по-точен, по-обективен и по-компетентен от хирургична гледна точка. И не накрая - къде е растежът на кадрите на място?

Ще си позволим да подкрепим горното с оперирани 45 болни по спешност с тънко- и дебелочревна непроходимост, от онкологичен произход, за период от 4 години в МБАЛ „Св. Иван Рилски“ ЕООД. Мъжете са 24 (53,4%), а жените - 21 (46,6%). Възрастовото им разпределение е следното: 41-50 г. - 2 (4,4%), 51-60 г. - 5 (11,2%), 61-70 г. - 15 (33,3%), 71-80 г. - 22 (48,9%) (най-често засегната възраст) и над 81 г. - 1 (2,2%).

Операции по Хартман са осъществени при 11 болни (24,4%), дясна хемиколектомия с илеотрансверзоанастомоза - при 9 (20%), резекции и анастомози при тънкочревен илеус - при 5 (11,1%). Резекция на ректосигмата с десцендо-ректоанастомоза термино-латералис - при 1, лява хемиколектомия с трансверзо-сигмоанастомоза - при 3, разширена лява хемиколектомия с трансверзо-ректоанастомоза - при 1, лява хемиколектомия с трансверзо-ректоанастомоза - при 3, с една атипична резекция на VIII сегмент на черния дроб, предна резекция на ректо-сигмата - при 3, резекция на сигмата с илео-колоанастомоза - при 2 и субтотална колектомия с илео-сигмоанастомоза - при 1.

Извършени са: операция по Miles, холецистектомия и атипична резекция на IV и V сегменти на черния дроб и хистеректомия с билатерална аднексектомия, резекция на сигмата с противоестествен анус. При 8 болни е използван ме-

ханичен съшивател поради ниско разположени карциноми.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bonin, E. A., T. H. Baron. Update of the indications and use of colonic stents.- *Curr. Gastroenterol. Rep.*, **12**, 2010, No 5, 374-382.
2. de Aguilar-Nascimento, J. E., C. Caporossi, M. Nascimento. Comparação entre ressecção com anastomose primária e ressecção em estágios nos tumores obstrutivos do cólon esquerdo.- *Arq. Gastroenterol.*, **39**, 2002, No 4, 240-245.
3. Khot, U. P., A. W. Lang, K. Murali, M. C. Parker. Systematic review of the efficacy and safety of colorectal stents.- *Br. J. Surg.*, **89**, 2002, No 9, 1096-1102.
4. Meijer, W. S., J. Vermeulen, M. P. Gosselink. Primary resection and side-to-end anastomosis next to an end-colostomy in the management of acute malignant obstruction of the left bowel: an alternative in selected patients.- *Tech. Coloproctol.*, **13**, 2009, No 2, 123-126.
5. Nicholl, M. B., J. Shilyansky, D. M. Ota. Current management of malignant large-bowel obstruction.- *Contempor. Surg.*, **58**, 2002, 396-400.
6. Pavlidis T.E., Marakis G, Ballas K, Rafailidis S, Psarras K, Pissas D. et al. Does emergency surgery affect resectability of colorectal cancer? - *Acta. Chir. Belg.*, **108**, 2008, No 2, 219-225.
7. Stupart, D. Most cases of large bowel obstruction are due to colonic adenocarcinoma.- *CME*, **25**, 2007, No 7, 324-330.
8. van Hoof, J. E., W. A. Bemelman, B. Oldenburg, A. W. Marinelli, M. F. Holzik, M. J. Grubben, et al.; collaborative Dutch Stent-In study group. Colonic stenting versus emergency surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction: a multicentre randomized trial.- *Lancet Oncol.*, **12**, 2011, No 4, 344-352.